

年 月 日

次のとおり太田市不妊治療費助成金の交付を受けたいので申請します。

(太枠内を記入してください。)

申 請 者	氏 名		生 年 月 日		住民登録した年月			
	フリガナ		年 月 日 (歳)		年 月			
	夫	印	年 月 日 (歳)		年 月			
	フリガナ		年 月 日 (歳)		年 月			
	妻	印	年 月 日 (歳)		年 月			
	住 所	〒 ー 太田市						
	電話番号	ー ー		婚姻年月日	年 月 日			
	過去に太田市の不妊治療費の助成を受けたことがありますか。				なし・あり () 回			
	治療対象児 第 () 子							
振 込 先	金融機関名	銀行・組合 金庫・農協		支店名	本店・支店 店・出張所			
	預 金 種 目	普通・当座・貯蓄	口座番号					
	フリガナ							
	口座名義人							
必 要 書 類 等	*提出前に必ず確認してください。							
	1 不妊治療費助成金認定証明書(様式第4号)							
	2 太田市税等完納照合票(様式第5号) *夫婦それぞれのもの *発行日は3か月以内のもの							
	3 不妊治療費の領収書 *明細が分かるもの							
	4 加入している医療保険が確認できる書類の写し *夫婦それぞれのもの (例)・加入する医療保険の保険者から交付された「資格情報のお知らせ」又は「資格確認書」 ・マイナポータルからダウンロードした「資格情報画面」 ・令和6年12月1日時点で発行されている現行の健康保険証							
	5 振込先通帳							
	6 印鑑 *朱肉を使用するもの							
7 夫婦が別住所に居住する場合は、戸籍全部事項証明 *発行日は3か月以内のもの								

①認定証明書□ ②完納照合票□ ③住所□ ④婚姻□ ⑤保険加入□ ⑥領収書□ ⑦通帳□
(夫婦が別住所の場合 戸籍全部事項証明□)

保険適用外負担額	交付決定額
円	円

受 付